

Trabajo Final de Máster

Título: Revisión de la eficacia de ACT en personas con diagnóstico de esquizofrenia u otras patologías del espectro de la psicosis.

Autora: Lucila Fernández Lorente.

Tutora o supervisora: Lorena Fernández Nespereira.

Fecha de lectura: 14 de Octubre de 2020.

Resumen: Las personas afectadas por esquizofrenia o trastornos del espectro de la psicosis presentan una sintomatología que repercute en su funcionamiento cotidiano. La Terapia de Aceptación y Compromiso proporciona un tipo de intervención diferente, basándose en la aceptación de los síntomas y la orientación hacia valores personales, siendo uno de sus objetivos el mantenimiento de la actividad y el funcionamiento a pesar de la sintomatología. Se revisa la eficacia de ACT en psicosis, encontrando efectos positivos en los contactos de crisis (tasa de hospitalización), aceptación de la sintomatología, confianza para hacer frente a los síntomas, credibilidad de los síntomas, síntomas negativos y afectivos, mejora global, inflexibilidad psicológica, angustia asociada, regulación emocional, funcionamiento social/psicosocial, calidad y satisfacción con la vida y en la adherencia al tratamiento o participación en los servicios. Sin embargo, la validación empírica para ACT en este campo se encuentra en fase preliminar, haciéndose necesario plantear estudios con muestras más amplias, de mayor duración y mejorando los controles.

Palabras clave: ACT, eficacia, psicosis, síntomas positivos, síntomas negativos, esquizofrenia.

Abstract: People affected by schizophrenia or disorders of the spectrum of psychosis present a symptomatology that affects their daily functioning. The Acceptance and Commitment Therapy provides a different type of intervention, based on the acceptance of the symptoms and the orientation towards personal values, being one of its objectives the maintenance of the activity and the functioning despite the symptoms. The efficacy of ACT in psychosis is reviewed, finding positive effects on crisis contacts (hospitalization rate), acceptance of symptoms, confidence to cope with symptoms, credibility of symptoms, negative and affective symptoms, overall improvement, inflexibility psychological, associated anxiety, emotional regulation, social / psychosocial functioning, quality and satisfaction with life and in adherence to treatment or participation in services. However, the empirical validation for ACT in this field is in the preliminary phase, becoming necessary to propose studies with larger samples, of longer duration and improving controls.

Key words: ACT, efficacy, psychosis, positive symptoms, negative symptoms, schizophrenia.

ÍNDICE

1.	INTRODUCCIÓN.....	3
2.	METODOLOGÍA.....	6
	CRITERIOS DE INCLUSIÓN DE ESTUDIOS EN ESTA REVISIÓN	7
	RESULTADOS PRIMARIOS	9
	RESULTADOS SECUNDARIOS	10
	TABLA I.	12
	RESUMEN CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	12
	FIGURA I: DIAGRAMA DE FLUJO PRISMA	14
3.	RESULTADOS.....	15
	TABLA II: RESUMEN DE ARTÍCULOS INCLUIDOS.	16
	TABLA III: HALLAZGOS EN FUNCIÓN DE OBJETIVOS DE LA REVISIÓN	31
4.	DISCUSIÓN.....	34
	GRÁFICO I: REPRESENTACIÓN DE RESULTADOS.	35
5.	CONCLUSIONES.....	36
6.	BIBLIOGRAFÍA.....	38

1. INTRODUCCIÓN.

Las personas afectadas por esquizofrenia o trastornos del espectro de la psicosis presentan una sintomatología que repercute en su funcionamiento cotidiano y en el de sus familiares. Estos diagnósticos impactan de forma importante en la actividad psicosocial de la persona, dando como resultado una necesidad de intervención concreta por parte de los profesionales (Lieberman y Kopelwicz, 2004).

En algunos casos, los síntomas psicóticos ofrecen resistencia tanto al tratamiento farmacológico (Quintero, 2011) como a las intervenciones psicológicas que pretenden la remisión de esta sintomatología (Arroyo, Álvarez y De Rivas, 2013), como son las propias de la Terapia Cognitivo Conductual (en adelante TCC).

La Terapia de Aceptación y Compromiso (en adelante ACT) proporciona un tipo de intervención diferente, basándose en la aceptación de los síntomas y la orientación hacia valores personales, siendo uno de sus objetivos el mantenimiento de la actividad y el funcionamiento a pesar de la sintomatología (García Montes, Luciano, Hernández López y Zaldívar, 2004).

La intervención no se dirige a la eliminación o reducción del síntoma, sino que se centra en conseguir un distanciamiento de la persona con respecto a él (García Montes et.al, 2004).

ACT al inicio viene acompañada por la Psicoterapia Analítico Funcional (Kohlenberg y Tsai, 1991) y sostenida por los trabajos de Skinner (1957) en relación con el lenguaje natural, pero ACT nace a partir de la Teoría del Marco Relacional (Hayes, Barnes-Holmes y Roche, 2001) y el enfoque Contextualista-Funcional.

De manera muy resumida, podría afirmarse que ACT entiende que el sufrimiento psicológico se debe, en gran medida, a la intrusión del lenguaje simbólico en áreas de la vida donde no es funcionalmente útil (Hayes, *et al.*, 1999). En este contexto, el lenguaje se convierte en un problema para la vida cuando se utiliza como forma de *evitación experiencial* (Hayes, Wilson, Gifford, Follette y Strosahl, 1996).

La evitación experiencial se ha propuesto recientemente como un elemento presente en diferentes síndromes psiquiátricos, Hayes et. al (1996) lo definen como un “fenómeno que ocurre cuando una persona no está dispuesta a ponerse en contacto con experiencias privadas particulares (sensaciones corporales, emociones, pensamientos, recuerdos, predisposiciones conductuales) e intenta alterar la forma o la frecuencia de esos eventos

y el contexto que los ocasiona”. De esta manera, según Wilson y Luciano (2002), las personas que actúan bajo este patrón de evitación se encuentran atrapadas en un círculo vicioso de forma que, ante cualquier función verbal aversiva, se genera la necesidad de atenuarla, por lo que se hará lo necesario en función de la historia personal, aliviando el malestar inmediatamente, pero llevando a largo plazo a una limitación en la vida de la persona.

Morrison et. al (1995) definen las alucinaciones auditivas como un ejemplo de evitación experiencial, siendo su función disminuir la disonancia cognoscitiva que generan ciertos pensamientos intrusivos (Morrison y Baker, 2000; Morrison et. al., 1995). Según estos autores, la persona, ante la alucinación, produce una determinada respuesta negativa que se caracteriza por la realización de conductas de evitación (Morrison, 1998; Morrison et. al., 1995), lo que llevaría a largo plazo, al incremento del número de alucinaciones. Podría pensarse que, así, determinado tipo de alucinaciones auditivas, funcionan como intentos por evitar pensamientos que producen un alto nivel de malestar (García-Montes et al., 2005).

Los delirios también han sido caracterizados como formas de evitación experiencial, aunque los fundamentos experimentales son inferiores en comparación con el caso de las alucinaciones. Podrían constituir “formas activas de evitación experiencial” (García, Luciano, Hernández y Zaldívar, en prensa), siendo el delirio la propia conducta de evitación.

Las intervenciones psicosociales encaminadas a trabajar sobre las alucinaciones y los delirios, normalmente se enfocan en métodos diseñados para reducir la frecuencia, intensidad o credibilidad de estos síntomas (Smout, Hayes, Atkins, Klausen, y Duguid, 2012), lo que podría generar el efecto contrario, es decir, el aumento del síntoma a largo plazo, como se ha explicado anteriormente.

Este enfoque defendido por ACT podría proporcionar resultados diferentes en el tratamiento de las personas afectadas por psicosis, potenciando la calidad de las intervenciones psicológicas dirigidas a los síntomas de la esquizofrenia. Por esta razón, resulta pertinente revisar la evidencia disponible acerca de la eficacia de esta terapia en personas con diagnósticos del espectro de la psicosis ya que es un tema que suscita controversias.

Es decir, la base de evidencia científica para el uso de ACT en psicosis todavía es limitada:

- Algunos autores consideran ACT una terapia insuficiente para poder considerarla un tratamiento empíricamente validado (Arroyo y Álvarez, 2013).
- Además, según la Sociedad de Psicología Clínica (División XII de la APA), ACT para psicosis tiene un apoyo moderado en investigación. El apoyo en investigación se etiqueta como “modesto” si se cumplen los criterios para lo que Chambless et al. (1998) denominaron “tratamientos probablemente eficaces”, es decir, ACT podría ser eficaz en psicosis, pero no hay investigación suficiente para poder afirmarlo con rigor.
- Según el metanálisis de Öst (2008), falta potencia metodológica para clasificar ACT como una terapia con apoyo empírico. Además, concluye que, cuando se compara con diferentes formas de tratamientos cognitivos o conductuales, se obtiene un tamaño del efecto pequeño y no significativo. En lo relativo a los síntomas psicóticos, de los estudios analizados, encuentra que solo uno (Bach y Hayes, 2002) obtiene una diferencia significativa a favor de ACT, pero critica las características psicométricas de las medidas de resultado en el estudio. Öst concluye que ACT es posiblemente eficaz para los síntomas psicóticos, pero considerando que la evidencia empírica es aún modesta.

De esta forma, resulta de interés revisar la evidencia disponible y plantear la siguiente pregunta y objetivos de la presente revisión: ¿es eficaz ACT en síntomas positivos/negativos para la mejora psicosocial en esquizofrenia?

Para este trabajo, se define un objetivo general que se descompone en 16 objetivos específicos que se pretenden esclarecer.

Objetivo general:

Evaluar la eficacia de ACT en personas con diagnóstico de esquizofrenia u otra patología dentro del espectro de la psicosis, en comparación con el tratamiento habitual, psicofármacos u otras intervenciones psicosociales.

Objetivos específicos:

Analizar la diferencia en la mejora de los contactos de crisis (rehospitalizaciones).

Comparar la reducción en sintomatología positiva.

Cotejar la diferencia en la mejoría en la aceptación de la sintomatología.

Comparar la mejoría en cuanto a confianza para hacer frente a los síntomas.

Comparar la mejoría en cuanto a la credibilidad hacia la sintomatología.
Analizar la diferencia en la reducción de la sintomatología negativa.
Observar la diferencia en la mejora en informar sobre sintomatología.
Comparar la mejora global.
Analizar la diferencia en la mejoría en inflexibilidad psicológica o evitación experiencial.
Comparar la mejoría de la angustia asociada con las alucinaciones.
Revelar la diferencia en los cambios en las habilidades de atención plena.
Presentar desigualdades en la mejoría en regulación emocional.
Comparar la mejoría en funcionamiento social/psicosocial.
Comparar la mejoría en la adherencia al tratamiento/participación en el servicio.
Analizar la diferencia en la mejoría en la calidad de vida.
Comparar la mejoría en satisfacción con la vida.

2. METODOLOGÍA.

Para llevar a cabo la presente revisión, se comienza realizando una búsqueda sistemática con el objetivo de recopilar publicaciones relacionadas con la pregunta de investigación. Una vez encontrados suficientes registros, se elaboran los criterios de inclusión y exclusión de artículos para realizar un cribado del que se seleccionan finalmente 9 artículos. Para explicar el procedimiento de selección, se elabora un diagrama de flujo en el que se puede observar la secuenciación del proceso.

Métodos de búsqueda para la identificación de estudios:

1. Se realiza una búsqueda en el Registro Especializado del grupo Cochrane de esquizofrenia, utilizando la siguiente estrategia de búsqueda, desarrollada en función de la revisión de la literatura: *acceptance and comminment, acceptance, comminment, ACT, schizophrenia, positive symptoms, psychotic symptoms, defusion, behavioral therapy, mindfulness, cognitive behavioral therapy*. En el título, resumen, campo de palabras clave o campo de la intervención del estudio. Sólo se aplica filtro de idioma (inglés y español).
2. De la misma forma, se realizan búsquedas sistemáticas en los principales recursos y bases de datos con evidencia científica: EMBASE, MEDLINE, PsycINFO, PubMed. Para la búsqueda en bases de datos se utilizaron combinaciones de los siguientes términos: *terapia de aceptación y compromiso, esquizofrenia, síntomas*

positivos, síntomas psicóticos, síntomas negativos, flexibilidad psicológica, delirios, alucinaciones, ACT, acceptance and comminment, schizophrenia, positive symptoms, negative symptoms, psychotic symptoms, defusion, behavioral therapy, cognitive behavioral therapy, mindfulness, delirium, hallucinations.

3. Búsqueda de manuales, literatura gris, principalmente tesis doctorales y guías de práctica clínica, así como actas y presentaciones en congresos. Se utiliza la base de datos TESEO para la búsqueda de tesis doctorales.
4. Se examinan las referencias de los estudios incluidos para obtener otros estudios relevantes.

Una vez realizada la búsqueda, se procede a la elaboración de los criterios que permitirán el cribado de registros.

Criterios de inclusión de estudios en esta revisión (Tabla I: resumen criterios de inclusión y exclusión):

Tipo de diseño: todas las pruebas controladas aleatorizadas relevantes (Ensayo controlado aleatorio [a partir de ahora ECA], experimental aleatorizado, ECA prospectivo, comparación de grupos aleatorizados). Se selecciona este tipo de diseños experimentales como criterio de inclusión, debido a que este tipo de estudios son los que presentan menores errores sistemáticos o sesgos y constituyen la mejor prueba científica para apoyar la eficacia de las intervenciones terapéuticas.

Se excluirán los estudios cuasialeatorios, como los que se asignan por días alternos de la semana, o por fecha de nacimiento u orden de reclutamiento. Se realiza esta exclusión para evitar el riesgo de sesgo de selección.

Cuando las personas reciben tratamientos adicionales dentro de ACT, solo incluiremos datos si el tratamiento complementario se distribuye uniformemente entre los grupos y solo el ACT es aleatorio.

Tipo de participantes: adultos, con edades comprendidas entre los 18 y los 65 años. Se establece este criterio por ser el tramo de edad de inclusión en servicios de rehabilitación psicosocial. Personas con diagnóstico de esquizofrenia o trastornos relacionados, incluidos el trastorno esquizofreniforme, el trastorno esquizoafectivo y el trastorno delirante. Se seleccionan este tipo de diagnósticos por su frecuencia en los recursos de rehabilitación y por su curso con sintomatología positiva o negativa de la esquizofrenia.

Se excluirán los artículos con muestras de pacientes en los que hay comorbilidad con bajo CI y muestras de pacientes con patología dual (tanto por discapacidad intelectual como por adicción a tóxicos). Se realiza esta exclusión por la dificultad que acarrearía para la generalización de los resultados a la población con esquizofrenia sin estas comorbilidades. (Se incluye un artículo con participantes con patología dual por tóxicos, Hayes, 2002 que incluye 6 participantes con estas características en cada condición, pero no se excluye por no constituir estos la totalidad de la muestra y por ser un estudio con resultados relevantes para la población general de personas con psicosis).

Tipos de intervenciones.

Intervención: se incluirán intervenciones tanto individuales como grupales de ACT.

Control: el grupo control puede ser el tratamiento habitual, intervención farmacológica (principalmente fármacos antipsicóticos), otra intervención psicosocial (por ejemplo, terapia cognitivo conductual, terapia familiar, etc.) o una combinación de las anteriores.

Tipos de medidas de resultado: dividiremos todos los resultados en inmediato (al final del tratamiento), a corto plazo (1 a 3 meses), medio plazo (6 a 12 meses) y largo plazo (más de 1 año).

Se incluirán aquellos estudios que utilicen, al menos, uno de los siguientes cuestionarios de evaluación:

- PANSS. Útil para valorar severidad de síntomas y monitorización de respuesta al tratamiento.
- AAQ/AAQ-II. Valoración de evitación experiencial/ flexibilidad psicológica.
- BPRS. Se utiliza para valorar la respuesta al tratamiento (fundamentalmente psicofarmacológico, pero puede utilizarse para otros tratamientos).
- Datos de rehospitalización.
- CGI. Contiene subescala para valorar mejoría debido a intervención terapéutica.
- CERQ. Evalúa procesos cognitivos que se usan al vivenciar eventos negativos.
- PSYRATS. Evaluación de diferentes dimensiones de las alucinaciones y delirios.
- VAAS. Evalúa la aceptación de voces y acción.
- QPR. Cuestionario sobre proceso de recuperación.

Se incluyen estas medidas de resultados por ser buenos indicadores de mejoría, cuando se aplican antes, durante y después de una intervención, en sintomatología y/o funcionamiento en la esquizofrenia y trastornos relacionados.

Se dividirán los resultados en dos subapartados; se tendrán en cuenta los que evalúan si ACT mejora los síntomas positivos y negativos y otras cuestiones relacionadas con la sintomatología como credibilidad, frecuencia, aceptación, síntomas afectivos (resultados primarios) y en consecuencia mejora el funcionamiento de la persona y/o modifica su proceso de recuperación, adherencia al tratamiento y calidad de vida (resultados secundarios).

Resultados primarios:

1. Mejora de los contactos de crisis (número de rehospitalizaciones necesarias del paciente después o durante el tratamiento).
2. Reducción de sintomatología positiva (observación de mejora clínicamente importante o estadísticamente significativa según los cuestionarios aplicados, PANSS, PSYRATS, BPRS, PDI, SA-45).
3. Mejora en la aceptación de la sintomatología (observación de mejora clínicamente importante o estadísticamente significativa según los cuestionarios aplicados, RSQ).
4. Mejora en la confianza para hacer frente a los síntomas (observación de mejora clínicamente importante o estadísticamente significativa según los cuestionarios aplicados, VAAS, cuestionario revisado de voces).
5. Mejora en la credibilidad de los síntomas (observación de mejora clínicamente importante o estadísticamente significativa según los cuestionarios aplicados).
6. Reducción de la sintomatología negativa o afectiva (observación de mejora clínicamente importante o estadísticamente significativa según los cuestionarios aplicados PANSS, CDSS).
7. Mejora en informar sobre síntomas (observación de mejora clínicamente importante o estadísticamente significativa según los cuestionarios aplicados).
8. Mejora global (observación de mejora clínicamente importante o estadísticamente significativa según los cuestionarios aplicados, CGI)

9. Mejora de la inflexibilidad psicológica o evitación experiencial (observación de mejora clínicamente importante o estadísticamente significativa según los cuestionarios aplicados, AAQ/AAQ-II)
10. Mejora de la angustia asociada con las alucinaciones (observación de mejora clínicamente importante o estadísticamente significativa según los cuestionarios aplicados).
11. Cambios en las habilidades de atención plena (observación de mejora clínicamente importante o estadísticamente significativa según los cuestionarios aplicados, TMS).
12. Mejora regulación emocional (observación de mejora clínicamente importante o estadísticamente significativa según los cuestionarios aplicados, CERQ).

Resultados secundarios:

1. Mejora del funcionamiento social/psicosocial (entendido como mejora en el proceso de recuperación y/o estilo de recuperación, QPR, RSQ, SDS).
2. Mejora en la participación de servicios/petición de ayuda/adherencia al tratamiento.
3. Mejora en la calidad de vida (observación de mejora clínicamente importante o estadísticamente significativa según los cuestionarios aplicados).
4. Mejora en la satisfacción con la vida (observación de mejora clínicamente importante o estadísticamente significativa según los cuestionarios aplicados).

Una vez recogidos los criterios de inclusión y exclusión se elabora una Tabla resumen de los criterios (Tabla I).

TABLA I.

Resumen criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Pruebas controladas aleatorizadas relevantes.	Estudios cuasialeatorios.
Adultos (18-65).	Menores de 18 años.
Diagnóstico de esquizofrenia o trastornos de su espectro.	Comorbilidad con adicción a tóxicos. Comorbilidad con discapacidad intelectual.
Intervención individual o grupal ACT.	
Control: tratamiento habitual, psicofármacos, otra intervención psicosocial, combinación de estas.	Combinaciones que incluyan ACT.
Medidas de resultados: PANSS, AAQ/AAQ-II, BPRS, SA-45, datos rehospitalización, CGI, CERQ, PSYRATS, VAAS, QPR.	
Resultados primarios: mejora de síntomas y cuestiones relacionadas con síntomas (credibilidad, frecuencia, aceptación, síntomas afectivos).	
Resultados secundarios: mejora de funcionamiento, adherencia al tratamiento, calidad de vida.	

A partir de estos criterios de inclusión y exclusión se realiza el cribado que da lugar a la selección de los artículos a revisar y se elabora el diagrama para que se pueda observar la secuenciación del proceso.

Diagrama de flujo PRISMA.

Se establece en este trabajo por la importancia que tiene el hecho de que antes de incluir estudios y proporcionar razones para excluir otros, se debe revisar la literatura científica disponible.

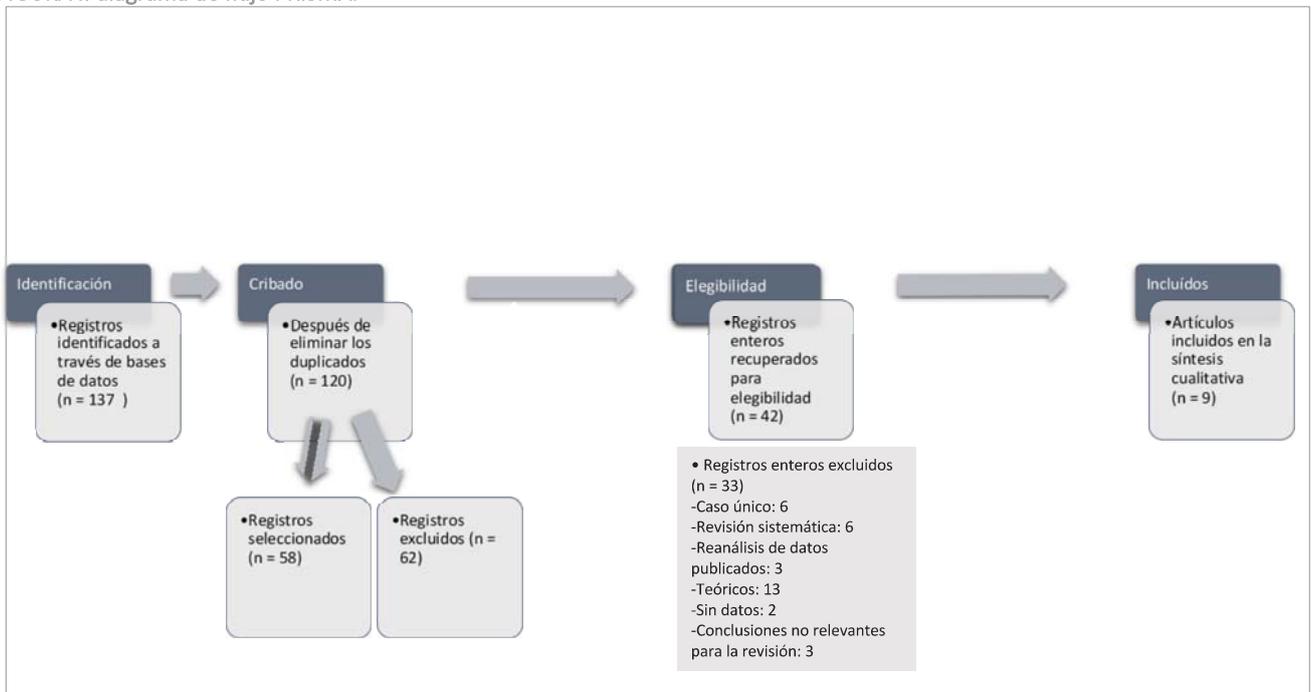
La declaración PRISMA, establece una serie de buenas prácticas en la comunicación de los resultados obtenidos en la búsqueda de un revisión sistemática, entre ellas, el diagrama de flujo en 4 fases.

Por ello se ha optado por resumir la búsqueda de forma gráfica en este tipo de diagrama.

El gráfico (Figura I: diagrama de flujo PRISMA) refleja el flujo de registros o referencias y estudios en las distintas fases de la revisión, es decir, número de registros identificados a partir de la búsqueda en bases de datos, el número de registros excluidos y el número de estudios incluidos en la revisión sistemática.

El diagrama de flujo se incluye para que el lector pueda observar de forma gráfica cómo fueron considerados todos los registros y las razones por las que se eligieron o excluyeron

FIGURA I: diagrama de flujo PRISMA.



3. RESULTADOS.

En este apartado, se presentan los estudios seleccionados derivados de los criterios de inclusión y exclusión, donde se puede observar el tamaño de la muestra, el tipo de diseño experimental, los instrumentos de evaluación utilizados, los resultados y las conclusiones de cada estudio (Tabla II: resumen de artículos incluidos).

TABLA II: Resumen de artículos incluidos.

Artículo	Tamaño muestra	Diseño experimental	Instrumentos de evaluación	Resultados	Conclusiones
White, 2011	N=27	Ensayo controlado aleatorio piloto único (evaluador) ciego	-Escala de Ansiedad y Depresión del Hospital -Escala de Síndrome Positivo y Negativo (en adelante PANSS) -Cuestionario de Aceptación y Acción (en adelante AAQ) -Inventario de Habilidades de Mindfulness de Kentucky -Inventario de la Alianza de Trabajo de Kentucky.	-Individuos asignados al azar a ACT tuvieron significativamente menos contactos de crisis durante el estudio . Los cambios en las habilidades de atención plena se correlacionaron positivamente con los cambios en la depresión.	ACT prometedor para reducir los síntomas negativos, la depresión y los contactos de crisis en la psicosis.
Gaudio, 2004	N= 42	Experimental aleatorizado	-Escala Breve de clasificación psiquiátrica (en adelante BPRS) -Escala de impresiones clínicas globales (en adelante CGI) -Autoevaluaciones de síntomas psicóticos -Escala de discapacidad de Sheehan (en adelante SDS) -Datos de rehospitalización.	- Mayores mejoras en el grupo ACT en el postratamiento en síntomas afectivos, mejora global, angustia autovalorada asociada con alucinaciones y deterioro en el funcionamiento social. -Significativamente más participantes ACT alcanzaron mejoras clínicamente significativas en los síntomas generales después del tratamiento.	La mejora en la credibilidad de las alucinaciones con el tiempo solo se observó en la condición ACT, y el cambio en la credibilidad predijo una alteración en la angustia asociada después de controlar el cambio en la frecuencia de las alucinaciones.
Shawyer, 2017	N= 96	Experimental aleatorizado	-PANSS -Escala de calificación de síntomas psicóticos (en	-No hubo diferencias grupales en el estado mental general.	Las mejoras reflejaron el enfoque del tratamiento en los síntomas positivos; sin

			<p>adelante PSYRATS) Evaluar la frecuencia, preocupación, convicción, angustia e interrupción de la vida asociada con las alucinaciones auditivas (PSYRATS-AH) y delirios principales (PSYRATS-D)</p> <p>-Inventario de delirios de Peters (PDI)</p> <p>-AAQ</p> <p>-Escala de aceptación de voces y acción (en adelante VAAS),</p> <p>-Cuestionario de estilo de recuperación (en adelante RSQ)</p> <p>-Cuestionario de satisfacción en el cliente con la terapia de aceptación (CSQ).</p>	<p>-El grupo ACT mayor mejoría en los síntomas relacionada con las alucinaciones en el seguimiento.</p>	<p>embargo, la ausencia de cambios en la medida del proceso sugiere que la intervención ACT utilizada no manipuló procesos específicos más allá del "befriending" (ayuda, soporte).</p>
Spidel,2017	N=50	Experimental aleatorizado	<p>-Cuestionario de regulación cognitiva de la emoción (CERQ (2))</p> <p>-BPRS-Escala expandida</p> <p>-Lista de verificación de síntomas de trauma (TSC-40)</p> <p>-GAD-7</p> <p>-Escala de compromiso con el Servicio</p>	<p>-Grupo experimental mejora entre T1 y T2 y T1 y T3 para las escalas de aceptación, síntomas psiquiátricos, ansiedad y colaboración, búsqueda de ayuda y adherencia al tratamiento de la medida de participación en el servicio.</p> <p>-Los resultados post hoc revelaron que no hubo cambios estadísticamente significativos para el grupo de control para estos mismos resultados sobre T1-T2 y T1-T3.</p> <p>-Grupo ACT aumento en la regulación de las</p>	<p>-Condición ACT mejora significativa en total BPRS, lo que sugiere una reducción de la gravedad de los síntomas en el transcurso del tratamiento.</p> <p>-Grupo ACT no muestra disminución en los síntomas de trauma durante el curso del tratamiento. Los síntomas relacionados con el trauma pueden ser menos susceptibles de cambio en un tratamiento breve.</p> <p>ACT puede proporcionar un beneficio importante en términos de la angustia de síntomas para individuos con</p>

emociones: aceptación, disminución de los síntomas (BPRS y GAD) y mejor participación en los servicios en términos de búsqueda de ayuda inmediatamente después del tratamiento, y a los 3 meses de seguimiento.
 - Grupo ACT reducción ansiedad significativamente, tamaño medio del efecto.

psicosis y trauma, dada la prominencia de los síntomas de ansiedad entre los pacientes con estos problemas.

Salgado, 2016	N=36	Estudio aleatorizado	<ul style="list-style-type: none"> -Flexibilidad psicológica (en adelante AAQ-II) -Síntomas Psicopatológicos (SA-45) -Autorregistro de actividad (AAc) -Informe de actividad (IAc) 	<p>-Flexibilidad psicológica (AAQ-II) Entre el pretest y el post-test, grupo TAU no mostró diferencias significativas. Grupo MIND, puntuaciones disminuyen entre el pretest y el post-test, y aumentan ligeramente después del post-test no estadísticamente significativos.</p> <p>-Grupo ACT, inflexibilidad psicológica decreció gradualmente desde el pretest hasta el seguimiento a los 8 meses: reducción estadísticamente significativa a lo largo de las cuatro mediciones. Cambios significativos entre el pretest y seguimiento a los 5 meses.</p> <p>-La actividad autoinformada en el grupo TAU no cambió entre el pretest y el post-test. Las diferencias entre el pretest y el seguimiento a los 5 meses y entre el pretest y el</p>	<p>Condición ACT tendencia al alza en flexibilidad, es decir, la mayoría de ellos redujeron sus puntuaciones en evitación. En contraste a los cambios positivos en el grupo ACT, los pacientes en el grupo MIND mostraron la tendencia opuesta tras el post-test. Esto es, después del post-test, las puntuaciones en el AAQ-II aumentaron en los pacientes del grupo MIND. Este resultado se muestra coherente con estudios previos en ACT que obtuvieron cambios en el AAQ-II, pero no inmediatamente después de la implementación del protocolo.</p> <p>Respecto al protocolo MIND y el incremento de las puntuaciones en el AAQ- II durante el seguimiento, no puede realizarse una comparación con estudios</p>
---------------	------	----------------------	--	---	--

seguimiento a los 8 meses, también fueron significativas. Decrece entre los 5 y 8 meses de seguimiento.
-Grupo ACT incremento significativo general entre las cuatro mediciones, significativa también entre el pretest y el post-test y entre el post-test y el seguimiento a los 5 meses. Las comparaciones con el pretest también fueron significativas, tanto a los 5 meses de seguimiento como a los 8 meses de seguimiento.

previos porque aquellos que se realizaron con población similar no recogieron medidas de seguimiento

Gumley, 2017	N=29	Ensayo controlado aleatorio.	<ul style="list-style-type: none"> -PANSS - Escala de depresión de Calgary para esquizofrenia (CDSS) -Cuestionario de personalidad (SCID) - AAQ-II -Cuestionario de proceso de recuperación (QPR) -Inventario de Depresión de Beck (BDI) 	<p>-No se observan diferencias significativas entre los grupos en la puntuación total de CDSS a los 5 meses o a los 10 meses.</p> <p>-En términos de BDI, se observa un efecto estadísticamente significativo a favor de ACTdp + SC a los 5 meses, pero no a los 10 meses.</p> <p>-También se observan efectos significativos sobre la flexibilidad psicológica a los 5 meses, pero no a los 10 meses.</p>	<p>Se observan cambios estadísticamente significativos en la flexibilidad psicológica y la atención plena.</p> <p>-Asociaciones significativas entre la flexibilidad psicológica en el seguimiento de 5 y 10 meses usando el BDI y las asociaciones entre los cambios en la atención plena y la depresión en el seguimiento de 5 y 10 meses.</p> <p>Se propone que las señales más fuertes en relación con ACTdp se relacionan con las medidas de depresión autoinformada, flexibilidad psicológica y atención plena.</p>
--------------	------	------------------------------	--	---	---

Shawyer, 2012	N=30	ECA prospectivo, único (evaluador) ciego que utilizó un diseño de comparación grupal	<ul style="list-style-type: none"> -CI premórbido y diagnóstico -PANSS -PSYRATS -Cuestionario de satisfacción y satisfacción con la calidad de vida -VAAS -SHER - Cuestionario revisado de voces -Escala de percepción (insight) -Subescala de omnipotencia de la BAVQ-R. -RSQ 	<p>- Diferencias significativas entre los grupos que favorecen al grupo de tratamiento para una serie de medidas, incluida la confianza para hacer frente a las alucinaciones en forma de órdenes, PANSS negativo, PANSS general, PANSS total, Calidad de vida (actividades generales) y satisfacción con la vida.</p> <p>-Tamaño del efecto medio o superior para la mayoría de las variables sugiere efectos diferenciales fuertes que favorecen el tratamiento.</p>	<p>Con el aumento sustancial de la calidad de los ensayos de ECA, se hace evidente que la TCC tiene efectos más modestos de lo que prometieron los primeros estudios y que los factores de tratamiento inespecíficos pueden ser más importantes de lo que se pensaba anteriormente.</p> <p>Aunque está claro que la TCC basada en la aceptación es bien tolerada y subjetivamente útil para las personas con psicosis, hay pruebas limitadas de este ensayo que indican que la integración de los enfoques de aceptación con la TCC mejora los resultados por encima del apoyo social.</p>
Gaudiano, 2010	N=40	Experimental aleatorizado	<ul style="list-style-type: none"> -BPRS -SDS 	<p>-ACT mejora significativamente mayor al final del tratamiento en el trastorno de alucinación en comparación con TAU.</p> <p>- La credibilidad de la alucinación fue un mediador significativo. Un total del 68% de la variación del efecto del tratamiento sobre la angustia se explicó por la credibilidad de la alucinación en el postratamiento.</p> <p>- La frecuencia de alucinación no fue un</p>	<p>Aunque los resultados de los análisis de mediación fueron consistentes con las hipótesis, este estudio solo representa un primer paso para evaluar los mecanismos de acción en las intervenciones basadas en la aceptación y la atención plena para la psicosis.</p> <p>-Las comparaciones de ACT con otras formas de psicoterapia para esta población serían particularmente útiles para determinar si otros</p>

mediador significativo en este modelo.
 -También se examinó si la credibilidad de la alucinación mediaba la relación entre la condición del tratamiento y la frecuencia de la alucinación. **Los resultados no respaldaron la credibilidad como un mediador significativo en este modelo.**
 -Modelo de mediación "inversa": **La angustia de alucinación no fue un mediador significativo en este modelo.**
 -Este resultado es consistente con la hipótesis de que la **credibilidad de la alucinación actuó como mediador del efecto del tratamiento sobre la angustia, y no al revés.**

tratamientos psicológicos funcionan a través de mecanismos similares o diferentes.
 -Los efectos de ACT para pacientes psicóticos observados hasta ahora se han establecido utilizando intervenciones relativamente breves, y se necesitan enfoques de tratamiento a más largo plazo dada la naturaleza crónica y perjudicial de la psicosis.

Hayes, 2002	N=80	Estudio aleatorizado	Número de rehospitalizaciones, cuestionario propio con preguntas sobre frecuencia síntomas, credibilidad y angustia asociada.	<p>-Participantes de ACT mostraron un informe de síntomas significativamente mayor y una menor credibilidad de los síntomas y una tasa de rehospitalización de la mitad que la de los participantes de TAU durante un periodo de seguimiento de 4 meses. -Se observó el mismo patrón básico de resultados con todos los subgrupos de participantes, excepto los</p>	<p>-Cuatro sesiones de una intervención de aceptación individual redujeron la tasa de hospitalización durante un periodo de 4 meses en un 50% en un grupo relativamente crónico de pacientes hospitalizados que experimentaron síntomas positivos de psicosis. -Los participantes en la condición ACT tenían muchas más probabilidades de informar síntomas que los participantes de TAU, y</p>
-------------	------	----------------------	---	---	--

participantes delirantes que negaron los síntomas.

tenían tres veces más probabilidades de permanecer fuera del hospital si lo hacían.
-Los participantes de ACT que informaron síntomas informaron una frecuencia similar y angustia asociada con los síntomas, pero menor credibilidad de los síntomas en comparación con los participantes de TAU.

A continuación, se realiza una descripción de los resultados de cada estudio, clasificando los hallazgos obtenidos en función de los objetivos de la presente revisión, posteriormente se incluye una síntesis de esta clasificación recogida en la Tabla III. (Tabla III: hallazgos en función de objetivos de la revisión).

Resultados primarios.

Mejora de los contactos de crisis.

En el estudio de White, 2011, encuentra que el grupo ACT, en relación con el grupo control, tuvo una proporción significativamente menor de individuos que tuvieron contactos de crisis durante el ensayo.

En Gaudiano, 2004, a los 4 meses de seguimiento, el 45% de los participantes del grupo control tuvo rehospitalizaciones, en comparación con solo el 28% de las personas en la condición ACT, pero la diferencia entre los grupos no resultó significativa.

Hayes, 2002, encuentra que cuatro sesiones de una intervención de aceptación individual redujeron la tasa de hospitalización durante un periodo de 4 meses en un 50% en un grupo relativamente crónico de pacientes hospitalizados que experimentaron síntomas positivos de psicosis.

Reducción sintomatología positiva.

En White, 2011, no se encuentran diferencias significativas en las puntuaciones de cambio para la subescala del síndrome positivo PANSS.

Gaudiano, 2004, encuentra que no hay diferencias significativas entre los grupos en el total de BPRS o subescalas de trastorno de pensamiento, anergia y desorganización, pero encuentra una diferencia significativa en la subescala de afecto favoreciendo al grupo ACT, mostrando mayor mejoría que el grupo control.

En el estudio de Shawyer, 2017, no hubo diferencias significativas en la medida de resultado primaria, PANSS total. El resultado para PANSS positivo mostró un tamaño del efecto que fue poco menos que significativo, un examen adicional con contrastes planificados indicó que los participantes en el grupo ACT tuvieron una mejora mayor y media en comparación con el grupo control en el seguimiento, pero no en el postratamiento.

Los resultados presentados por Spidel, 2017, revelan una interacción significativa tiempo x grupo para los síntomas psiquiátricos. Los resultados post-hoc indicaron mejoras para la condición ACT entre los diferentes momentos de medida en síntomas psiquiátricos

(BPRS y GAD), después del tratamiento y a los 3 meses de seguimiento en comparación con la línea base, siendo las diferencias no significativas en el grupo control.

Salgado, 2016 encuentra que los niveles de ideación paranoide se redujeron significativamente en el grupo ACT, con un tamaño del efecto grande, sin embargo, aumentó en el grupo MIND. No encuentra interacción. En cuanto a los niveles de psicoticismo se redujeron muy ligeramente en el grupo ACT e incrementaron en el grupo MIND, pero estos cambios no alcanzaron un nivel estadísticamente significativo y no se encontró interacción.

Gumley, 2017 no observa ningún efecto utilizando la escala de síndrome positivo y negativo, con la excepción de que hubo un efecto significativo a favor de ACT en la desorganización cognitiva PANSS, PANSS distress emocional y PANSS total a los 5 meses.

Shawyer, 2012, observa mejoras significativas en la condición ACT en PANSS y GAF modificado. Se encuentran diferencias significativas en favor de la condición ACT en PANSS general y PANSS total con tamaños del efecto medio o grande sugiriendo fuertes efectos diferenciales que favorecen al tratamiento.

Ambos grupos mostraron una mejoría en la disrupción (PYRATS), en la condición control las mejoras estuvieron presentes principalmente al final de la intervención solo, mientras que las mejoras en la condición ACT tendieron a surgir o permanecer en el seguimiento.

Gaudiano, 2010 encuentra que la condición ACT produjo una mejora significativamente mayor al final del tratamiento en el trastorno de alucinación en comparación con el control.

Mejora de la aceptación de la sintomatología.

Los resultados presentados por Spidel, 2017, revelan una interacción significativa tiempo x grupo para la aceptación. Los resultados post-hoc indicaron mejoras para la condición ACT entre los diferentes momentos de medida en aceptación, siendo las diferencias no significativas en el grupo control.

Shawyer, 2012, encuentra que, mientras el grupo ACT muestra una mejora en su aceptación de las alucinaciones auditivas generales en el seguimiento, el grupo control mostró una mejora significativa en la aceptación de las alucinaciones en forma de órdenes, con un tamaño del efecto moderado-grande. Los participantes de la condición

ACT también mostraron una mejora en la percepción al final del estudio, sin embargo, no se mantuvo en el seguimiento.

Según Hayes, 2002, más participantes de ACT informaron síntomas, pero significativamente menos fueron hospitalizados, asumiendo una posible explicación sobre que los niveles más altos de notificación de síntomas en la condición ACT era una medida indirecta de aceptación (al menos para aquellos participantes que aún sufrían síntomas activos). Se presume que si los participantes aceptaran síntomas tendrían más probabilidades de reconocerlos en lugar de negarlos, funcionando el informe de síntomas como profiláctico para la condición ACT: el 36% de los participantes que negaron síntomas en esta condición fueron hospitalizados, pero sólo el 9,5% de participantes que reconocieron síntomas volvieron a ingresar en el hospital. En el grupo control, esta fuerte relación entre el informe de síntomas y la baja rehospitalización no ocurrió (42% de los que negaron síntomas y 16% de los que reconocieron síntomas fueron rehospitalizados).

Mejora de la confianza para hacer frente a la sintomatología.

En Shawyer, 2012, no se encontraron diferencias entre o dentro de los grupos en la confianza para resistir voces dañinas en el punto final de la intervención ni en el seguimiento. Tampoco se encontraron diferencias entre las dos condiciones en la confianza para hacer frente a las alucinaciones en forma de órdenes ni al final de la intervención ni en el seguimiento, sin embargo, el análisis intragrupo mostró que ambos mejoraron su confianza al final de la intervención en relación con la línea base, favoreciendo al grupo de tratamiento. Estas mejoras, no se mantuvieron en el seguimiento.

Mejora en la credibilidad de los síntomas.

Gaudiano, 2004, no encuentra diferencias significativas para la credibilidad asociada a las alucinaciones (tampoco para la frecuencia de las alucinaciones). Realiza un análisis de regresión para examinar si la credibilidad en las alucinaciones mediaba la relación entre la frecuencia de las alucinaciones y la angustia asociada. Se encontró un efecto principal de tiempo significativo que muestra disminuciones en la angustia relacionada con las alucinaciones para el grupo ACT, pero no para el grupo control. El cambio en la credibilidad fue un predictor independiente de cambio en la angustia más allá del cambio en la frecuencia, que fue solo marginalmente significativo. El mismo análisis de regresión no fue significativo cuando se ejecutó sólo en el grupo control.

En Gaudiano, 2010, se examina si la credibilidad de la alucinación en el postratamiento mediaba la relación entre la condición de tratamiento y la angustia de la alucinación, el análisis del efecto indirecto indicó que la credibilidad de la alucinación fue un mediador significativo. Encontrando que un total del 68% de la variación del efecto del tratamiento sobre la angustia se explicó por la credibilidad de la alucinación en el postratamiento. Se presume que cambiar la relación con la experiencia psicótica será más importante que cambiar el contenido o la frecuencia de esa experiencia y examina si la frecuencia de alucinaciones mediaba la relación entre la condición de tratamiento y la angustia, obteniendo que la frecuencia de alucinación no fue un mediador significativo. Además, se examina si la credibilidad de la alucinación mediaba la relación entre la condición de tratamiento y la frecuencia de la alucinación, encontrando de nuevo que los resultados no respaldan la credibilidad como un mediador significativo. Al probar la mediación “inversa”, examinando el efecto de la angustia de la alucinación en relación con la condición de tratamiento y la credibilidad de la alucinación se observa que la angustia no fue mediador significativo, siendo este resultado consistente con la hipótesis de que la credibilidad de la alucinación actuó como mediador del efecto del tratamiento sobre la angustia y no al revés.

Hayes, 2002 encuentra que los participantes de ACT que informaron síntomas lo hicieron con una frecuencia de síntomas similar y angustia asociada con los síntomas, pero con menor credibilidad de los síntomas en comparación con los participantes del grupo control. La diferencia en las calificaciones de credibilidad entre los grupos fue estadísticamente significativa, favoreciendo a la condición ACT. Este patrón de resultados entre grupos sugiere que la reducida credibilidad de los síntomas psicóticos desempeñó un papel en el impacto de ACT en la rehospitalización.

Reducción de sintomatología negativa o afectiva.

En White, 2011, se encuentra diferencia significativa entre el grupo ACT y el control para la puntuación de cambio de la subescala de Síndrome Negativo PANSS. Un análisis de chi-cuadrado, seleccionando sólo a aquellos individuos que estaban deprimidos al inicio del estudio, indicó que una proporción significativamente menor de individuos en grupo ACT del estudio cumplió con los criterios diagnósticos para la depresión a los 3 meses de seguimiento.

El cambio en las puntuaciones desde el inicio hasta los 3 meses posteriores de las puntuaciones de la subescala de síntomas negativos del PANSS, no se correlacionó de

forma significativa con ninguna de las medidas específicas de la terapia. Por otro lado, los cambios en atención plena correlacionan de forma positiva con los cambios en las medidas de depresión.

Salgado, 2016 encuentra en los análisis intragrupal del grupo ACT un descenso significativo respecto del pre-test en el seguimiento a los 8 meses para la depresión, con un tamaño del efecto grande. Mientras que en el grupo MIND las puntuaciones en depresión aumentan, sin embargo, no se encuentran efectos de interacción.

Gumley, 2017 no encuentra diferencias significativas entre los grupos en la puntuación total de CDSS a los 5 meses o a los 10 meses. En términos de BDI observa un efecto estadísticamente significativo a favor de la condición ACT a los 5 meses, pero no a los 10 meses. En análisis posteriores observan resultados sostenidos a favor de ACT a los 5 y a los 10 meses.

Shawyer, 2012 encuentra diferencias significativas entre los grupos que favorecen a la condición de tratamiento en PANSS Negativo.

Mejora en informar sobre síntomas.

En el estudio de Hayes, 2002, se encuentra que los participantes en la condición ACT tenían muchas más probabilidades de comunicar síntomas que los participantes del grupo control, y tenían de esta forma, tres veces más probabilidades de permanecer fuera del hospital si lo hacían. Los participantes de ACT que informaron síntomas lo hicieron con una frecuencia de síntomas similar y angustia asociada con los síntomas, pero con menor credibilidad de los síntomas en comparación con los participantes del grupo control.

Para los participantes que informaron la presencia de síntomas, la frecuencia de los síntomas informados no fue significativamente diferente entre los participantes de las dos condiciones tanto al inicio del estudio, como en el seguimiento. Los participantes de ACT tenían el doble de probabilidades que los participantes del grupo control de informar síntomas, el 60 % de participantes de ACT y 31% de participantes control informaron síntomas en el seguimiento, una diferencia significativa.

Mejora global.

Gaudiano, 2004, en cuanto a las puntuaciones de mejora en el CGI en el postratamiento, encuentra una diferencia marginalmente significativa favoreciendo al grupo ACT, mostrando una mejoría posterior superior en comparación con el grupo control. En los análisis secundarios, en cuanto al cambio clínicamente significativo, se encuentra una

diferencia significativa en la mejora de las puntuaciones totales del BPRS entre los grupos. Significativamente más participantes alcanzaron un valor clínicamente significativo en el grupo ACT (50%) en comparación con el grupo control (7%). No se encontraron diferencias significativas entre los grupos en la mejoría clínica en la subescala de trastorno de pensamiento BPRS.

Shawyer, 2017 encuentra niveles significativamente más altos en “mejora del problema” en la condición ACT en comparación con el grupo control, con tamaño del efecto medio.

Mejora en inflexibilidad psicológica.

En el estudio de White, 2011, no hubo diferencias significativas entre los dos grupos en las puntuaciones de cambio para el AAQ-II.

Los resultados de Salgado, 2016 en relación a la flexibilidad psicológica muestra que entre el pre-test y el post-test, el grupo control no muestra diferencias significativas, en el grupo MIND, las puntuaciones disminuyen entre el pre-test y el post-test, y empiezan a aumentar ligeramente después del post-test, sin embargo, los cambios no resultan estadísticamente significativos. Para el grupo ACT, la inflexibilidad psicológica decreció gradualmente desde el pre-test hasta el seguimiento a los 8 meses, habiendo una reducción estadísticamente significativa a lo largo de sus 4 mediciones. También se encuentran cambios significativos a los 5 meses, el tamaño del efecto para este grupo es grande. Además, hubo un efecto de interacción significativo entre los grupos ACT y MIND entre los seguimientos a los 5 y 8 meses, observándose que mientras que la inflexibilidad psicológica disminuye para el grupo ACT entre los seguimientos, en el grupo MIND aumenta.

Los resultados de Gumley, 2017 para AAQ y KIMS señalan un efecto significativo a favor de ACT en términos de flexibilidad psicológica mejorada a los 5 meses de seguimiento, pero no a los 10 meses.

Mejora en la angustia asociada a alucinaciones.

Gaudiano, 2004, encuentra una diferencia significativa entre los grupos en cuanto al nivel de angustia asociado a las alucinaciones, mostrando el grupo ACT una mejoría mayor en comparación con el grupo control.

Shawyer, 2017, encuentra interacciones grupales significativas para la cantidad de angustia de PSYRATS-AH (la cantidad de tiempo que las voces son angustiantes). Los contrastes de referencia planificados para el seguimiento indicaron que, en comparación

con el grupo control, la condición ACT informa significativamente menos angustia relacionada con las voces, con un tamaño del efecto medio.

Hayes, 2002, encuentra que los participantes de ACT que informaron síntomas, lo hicieron con una angustia asociada a los síntomas similar al grupo control.

Mejora en la regulación emocional.

Spidel, 2017, encuentra que el grupo ACT, pero no el control, muestra un aumento en la regulación de emociones después del tratamiento y a los 3 meses de seguimiento en comparación con la línea base.

Resultados secundarios.

Mejora del funcionamiento social/psicosocial.

Gaudio, 2004, realiza un ANCOVA por separado en las subescalas de trabajo, sociales y familiares de SDS, encontrando una diferencia significativa entre los grupos que favorece a la condición ACT en la subescala social. No se encuentran diferencias en las subescalas trabajo y familiares.

Shawyer, 2017 encuentra interacciones grupales significativas para la interrupción de la vida que generan las alucinaciones, PSYRATS-AH, al realizar los contrastes muestra un tamaño del efecto pequeño y no alcanza significación.

En el estudio de Salgado, 2016 se encuentra que la actividad autoinformada en el grupo control no cambia entre el pre-test y el post-test. En el grupo MIND se observa un incremento general de la actividad, la media aumenta significativamente del pre-test al post-test y del post-test al seguimiento a los 5 meses, con un tamaño del efecto grande. Las diferencias entre el pre-test y el seguimiento a los 5 meses y entre el pre-test y el seguimiento a los 8 meses también resultaron significativas. Sin embargo, en esta condición la puntuación de la actividad autoinformada comienza a decrecer entre los 5 y los 8 meses de seguimiento.

Para el grupo ACT hubo un incremento significativo general entre las 4 mediciones que también resultó significativa entre el pre-test y el post-test y entre el post-test y el seguimiento a los 5 meses, siendo el tamaño del efecto grande. Las comparaciones con el pre-test también resultaron significativas tanto a los 5 como a los 8 meses de seguimiento.

Mejora de la participación en el servicio, petición de ayuda, adherencia al tratamiento.

Shawyer, 2017 según los datos del CSQ, encuentra que los niveles medios de satisfacción con la terapia fueron significativamente mayores en la condición ACT en comparación con el control, con un tamaño del efecto medio.

Los resultados presentados por Spidel, 2017, revelan una interacción significativa tiempo x grupo para la búsqueda de ayuda con un tamaño del efecto moderado, pero no significativa para la adherencia al tratamiento. Los resultados post-hoc indicaron mejoras para la condición ACT entre los diferentes momentos de medida en búsqueda de ayuda y adherencia al tratamiento, después del tratamiento y a los 3 meses de seguimiento en comparación con la línea base, siendo las diferencias no significativas en el grupo control. Shawyer, 2012 encuentra en las puntuaciones de GAF modificado una mejora significativa solo en el grupo control en la variable de petición de ayuda.

Mejora en la calidad de vida.

Shawyer, 2012 observa una mejora significativa en ambas condiciones en calidad de vida, aunque la condición ACT muestra una mejoría más robusta.

Mejora en la satisfacción con la vida.

Shawyer, 2012 encuentra diferencias significativas entre los grupos que favorecen a la condición de tratamiento en satisfacción con la vida.

No todos los estudios se centran en todos los objetivos de intervención planteados en este trabajo como resultados y difieren en cuanto a conclusiones obtenidas. En la Tabla III: “hallazgos en función de los objetivos de la revisión”, se presenta un resumen de resultados por objetivo y autor.

TABLA III: hallazgos en función de objetivos de la revisión.

Objetivo	Resultados primarios	
	Estudio	Resultado
Mejora contactos de crisis	White,2011	Grupo ACT menos contactos de crisis durante el estudio.
	Gaudiano, 2004	Diferencia no significativa.
	Hayes, 2002	4 sesiones ACT reducen la tasa de hospitalización durante 4 meses en un 50%.
Reducción síntomas positivos	Gaudiano,2004	No diferencia total BPRS, diferencia significativa en subescala afecto. Diferencia en cambio clínicamente significativo. No diferencia en trastorno del pensamiento.
	Shawyer,2017	Mejora en el seguimiento, pero no en el postratamiento. No diferencias en el total de PANSS
	Spidel,2017	Mejoras significativas en la condición ACT para los síntomas psiquiátricos después del tratamiento y a los 3 meses.
	Salgado, 2016	Niveles de ideación paranoide se reducen de forma significativa en grupo ACT. Niveles de psicoticismo se reducen ligeramente, no encontrando significación.
	Gumley, 2017	No observa efecto a excepción de efecto significativo a favor de ACT en desorganización cognitiva, distress emocional y PANSS total a los 5 meses.
	Shawyer,2012	Mejora significativa en condición ACT en PANSS. Ambas condiciones mejoran en disrupción (PYRATS) pero solo ACT mantiene en el seguimiento.
	Gaudiano, 2010	Mejora significativamente mayor al final del tratamiento en trastorno alucinación en condición ACT.
Mejora aceptación sintomatología	Spidel,2017	Mejoras significativas en aceptación para condición ACT.
	Shawyer, 2012	Grupo ACT mejora aceptación alucinaciones seguimiento. Control aceptación alucinaciones órdenes. ACT mejora al final del estudio, pero no mantiene en el seguimiento.
	Hayes, 2002	Niveles más altos de informe de síntomas en condición ACT medida indirecta de aceptación que produce menos hospitalización.

Mejora confianza hacer frente a síntomas	Shawyer,2012	Análisis intragrupo ambas condiciones mejoran favoreciendo a ACT. No se mantienen en el seguimiento.
Mejora credibilidad síntomas	Gaudiano,2004	No diferencias significativas. Cambio en la credibilidad fue predictor del cambio en la angustia en grupo ACT.
	Gaudiano, 2010	La credibilidad de la alucinación actúa como mediador del efecto del tratamiento sobre la angustia.
	Hayes,2002	Nivel de angustia similar al control, pero menor credibilidad para grupo ACT estadísticamente significativa.
Reducción síntomas negativos o afectivos	White,2011	Diferencia significativa PANSS. Cambios en atención plena correlacionan positivamente con cambio en depresión.
	Salgado, 2016	Descenso significativo puntuaciones depresión para grupo ACT.
	Gumley,2017	Efecto estadísticamente significativo en BDI a los 5 meses, pero no a los 10.
	Shawyer, 2012	Diferencias significativas PANSS negativo que favorece condición ACT.
Mejora informar sobre síntomas	Hayes,2002	Condición ACT informa significativamente más que la condición control.
Mejora global	Gaudiano,2004	CDSS no diferencia entre condicione. Diferencia marginalmente positiva que favorece condición ACT.
	Shawyer, 2017	Niveles significativamente más altos para condición ACT, post-hoc se sostiene a los 10 meses.
	Shawyer,2012	En análisis post hoc diferencia significativa que favorece condición ACT.
Mejora inflexibilidad psicológica	Salgado,2016	Condición ACT decrece hasta el seguimiento.
	Gumley,2017	Efectos significativos a los 5 meses, pero no a los 10.
	White, 2011	No hay diferencias significativas en AAQ-II
Mejora angustia asociada a alucinación	Gaudiano,2004	Diferencia significativa favoreciendo a condición ACT.

	Shawyer,2017	Cambios significativos angustia en el seguimiento e interferencia en la vida (no significativa en el seguimiento). No hallazgos significativos resto subescalas PSYRATS.
	Gaudiano,2010	La credibilidad actúa como mediador del efecto del tratamiento sobre la angustia.
	Hayes,2002	Nivel de angustia similar al control, pero menor credibilidad.
Cambios habilidades atención plena	White, 2011	Cambios en atención plena correlacionan positivamente con cambio en depresión.
Mejora regulación emocional	Spidel,2017	Aumento en la regulación de emociones después del tratamiento y a los 3 meses en condición ACT.
Resultados secundarios		
Objetivo	Estudio	Resultado
Mejora funcionamiento social/psicosocial	Gaudiano,2004	Diferencia significativa que favorece a ACT en subescala social de SDS.
	Shawyer, 2017	Interrupción con la vida alucinaciones no alcanza significación.
	Salgado, 2016	Diferencia significativa en condición MIND que decrece a los 8 meses. Diferencia significativa en condición ACT que se mantiene a los 8 meses.
Mejora participación en servicio/petición ayuda/adherencia al tratamiento	Shawyer, 2017	Satisfacción con la terapia significativamente mayor en condición ACT.
	Spidel, 2017	Resultados pos-hoc mejora en petición de ayuda y adherencia al tratamiento en condición ACT.
	Shawyer, 2012	Mejora significativa solo en el grupo control en petición de ayuda.
Mejora calidad de vida	Shawyer,2012	Mejora en ambas condiciones, más robusta en ACT.
Mejora satisfacción con la vida	Shawyer,2012	Mejora significativa que favorece a condición ACT.

4. DISCUSIÓN.

Los estudios revisados comparan intervenciones de ACT con otro tipo de terapia para comprobar la eficacia de la primera, pero no todos centran la intervención en las mismas áreas ni utilizan los mismos sistemas de evaluación.

Para los resultados primarios, podemos realizar las siguientes consideraciones:

- Un 33,3% de los artículos miden la eficacia de ACT en relación con los contactos de crisis y/o hospitalizaciones.
- La intervención dirigida a la reducción de los síntomas positivos se observa en un 77,7% de los registros, de estos un 57% utilizan el PANSS como instrumento de medida, un 42% el BPRS y un 28% utiliza el PSYRATS. Un 28% utiliza tanto el PANSS como el BPRS en las comparaciones de esta área y solo un 14% utiliza el SA-45.
- En cuanto a la mejora de la aceptación de sintomatología, un 33% de los registros intervienen directamente sobre este aspecto, utilizando el RSQ el 66,6% de los estudios.
- Solo 1 de los registros (11,1%) estudia la confianza para hacer frente a los síntomas, utilizando para su medida el VAAS y el RSQ (voces).
- La mejora en la credibilidad de los síntomas se tiene en cuenta en un 33,3% de los casos y se utiliza la observación de mejora clínica, con el CGI en un 33%, el SDS en el 66,6% y cuestionario propio en un 33,3%.
- En la reducción de síntomas negativos se han centrado un 44,4% de los estudios utilizando el PANSS un 75% y el CDSS el 25%, siendo usados el AAQ y el IAC en un 25%.
- Solo Hayes, 2002 hace alusión a la mejora relacionada con informar sobre la sintomatología, esto supone únicamente un 11,1% del total de los estudios.
- En relación con la mejora global, el 33,3% la tiene en cuenta, utilizándose como instrumento de medida el CGI en un 33,3% de los estudios.
- El 33,3% de los artículos consideran la inflexibilidad psicológica, utilizando en un 100% de los casos el AAQ/AAQ-II.
- La mejora de la angustia asociada a la alucinación es tomada en consideración en un 44,4% de los registros analizados.

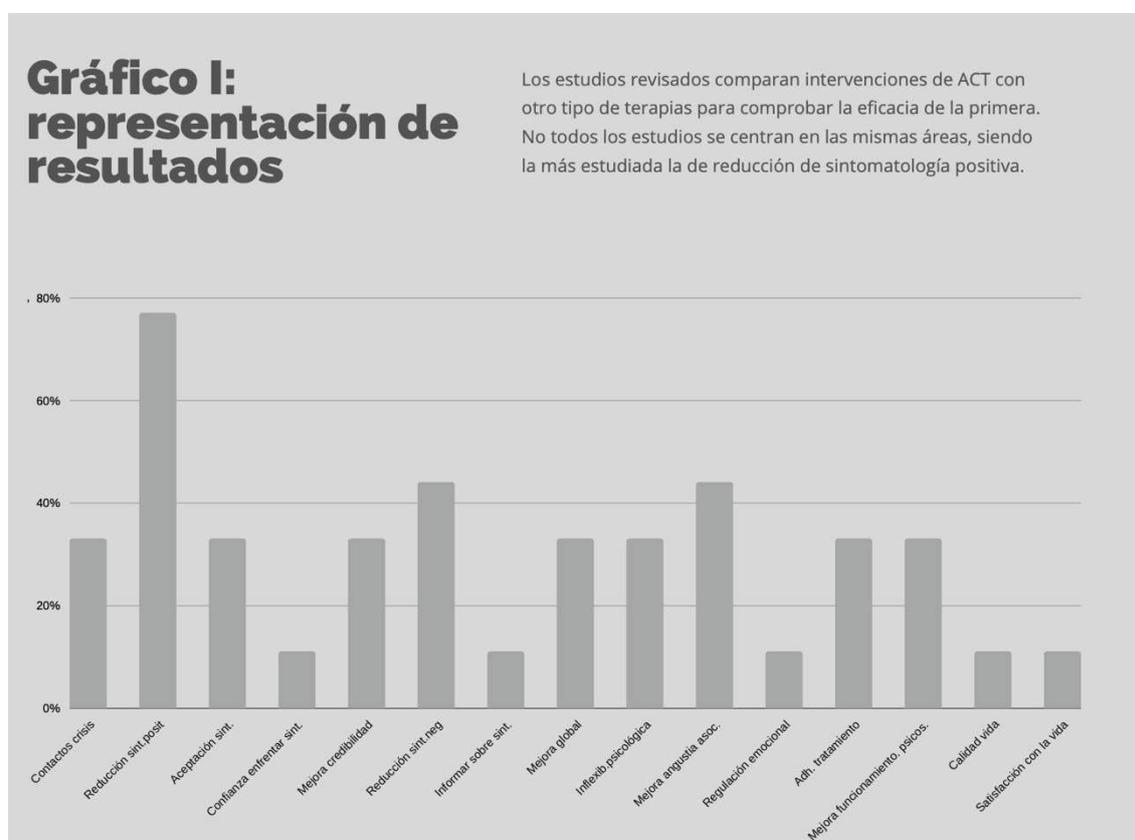
En lo referente a los resultados secundarios:

- El 33,3% tiene en cuenta la mejora del funcionamiento psicosocial, utilizándose de forma similar el SDS y el RSQ.
- En cuanto a la mejora en la participación en los servicios/petición de ayuda/adherencia al tratamiento, se tiene en cuenta en un 33,3% de los casos utilizándose cuestionarios y observaciones propias en todos los casos.

Se puede observar que las áreas menos estudiadas son la mejora en la confianza para hacer frente a los síntomas, la mejora en informar sobre síntomas, la mejora en la regulación emocional y la mejora en la calidad y satisfacción con la vida, apareciendo cada una de estas áreas en un solo estudio respectivamente, es decir, representado un 11,1% cada uno.

En el Gráfico I (representación de resultados), se puede observar la distribución de estos datos. Se elige el gráfico de barras por ser el más utilizado para comparar datos estáticos y al descartar el gráfico de sectores, debido al número elevado de categorías a representar.

Gráfico I: representación de resultados.



5. CONCLUSIONES.

La revisión de los estudios abarca un periodo de más de una década de investigación (entre 2002 y 2017). Observando los resultados se presume que ACT podría constituir una forma de tratamiento prometedora para la esquizofrenia y trastornos relacionados.

Aspectos positivos.

Los estudios analizados muestran efectos positivos de la ACT para:

- los contactos de crisis (tasa de hospitalización),
- aceptación de la sintomatología,
- confianza para hacer frente a los síntomas,
- credibilidad de los síntomas,
- síntomas negativos y afectivos,
- mejora global,
- inflexibilidad psicológica,
- angustia asociada,
- regulación emocional,
- funcionamiento social/psicosocial,
- calidad y satisfacción con la vida y
- en la adherencia al tratamiento o participación en los servicios.
- Además, aunque los objetivos centrales de ACT no contemplan la eliminación o reducción de la sintomatología, en algunos de los estudios se consigue reducirlos.

Resulta necesario resaltar que algunas de las intervenciones analizadas fueron muy breves, mostrando igualmente resultados significativos, lo que indica una posible eficacia con intervenciones mantenidas durante un período mayor de tiempo.

Cabe destacar también, los hallazgos relacionados con la aceptación de los síntomas, ya que tres de los estudios encuentran diferencias significativas que favorecen a la condición ACT. Se presume que la mejora en este aspecto podría ser predictor de mejora en otros como son el reconocimiento de síntomas, en lugar de la negación, y la reducción de la tasa de hospitalización o recaída.

Limitaciones.

Sin embargo, la validación empírica para ACT en este campo se encuentra en fase preliminar ya que:

- Los estudios que abordan la psicosis desde la aceptación son aún, en muchos casos, pilotos o exploratorios.
- La mayoría de los estudios publicados hasta el momento no alcanzan los criterios de la APA para los tratamientos empíricamente válidos (Chambless y Ollendich, 2001) por lo que se hace necesario plantear investigaciones con muestras más amplias, mejorar los controles y plantear periodos de seguimiento más largos.

Perspectivas de futuro.

Teniendo en cuenta todos los resultados, la mayoría de los estudios se centran en la sintomatología y muy pocos miden cómo la mejora en esa u otras áreas repercuten en la mejora del funcionamiento psicosocial, calidad y satisfacción con la vida de los participantes. Salgado, 2016 encuentra un incremento significativo en actividad autoinformada para el grupo ACT que se mantiene a los 8 meses de seguimiento y con un tamaño del efecto grande. Los tamaños del efecto del resto de resultados son, en general, moderados, es por esto por lo que se recomienda el abordaje de la actividad psicosocial en futuras investigaciones.

En cuanto a la calidad de vida y satisfacción con la vida, solo en Shawyer, 2012 se tiene en cuenta, observando mejoras significativas.

Limitaciones de este trabajo.

Debido a los objetivos específicos de la revisión, se fijan criterios muy exhaustivos de inclusión, lo que lleva a un número reducido de registros incluidos. Los estudios analizados, siendo todos experimentales aleatorizados, cuentan con procedimientos diferentes que hacen difícil la comparación de sus resultados y el establecimiento de un procedimiento estándar que produzca resultados satisfactorios y que pueda servir de guía a próximas investigaciones.

Otra limitación de este trabajo está relacionada con la selección de estudios, ya que lo más adecuado sería realizarla por duplicado para minimizar el riesgo de sesgo. Contar con más de una visión resultaría útil, entre otras cosas, porque podrían surgir dudas relacionadas con el cumplimiento de los criterios de selección, pudiéndose abordar mejor y haría posible mayores garantías en el cumplimiento de los criterios de inclusión.

6. BIBLIOGRAFÍA.

Arroyo, J.I., Álvarez, A., De Rivas, S. (2013). Revisión de la Terapia de Aceptación y Compromiso aplicada a psicosis. *Informaciones Psiquiátricas 2013: 214(4)*.

Chambles, D.L., Baker, M.J., Baucom, D.H., Beutler, L. E., Calhoun, K. S., Crittichristoph *et al.* (1998). *Update on empirically validated therapies: II. The Clinical Psychologist*, 51, 3-15.

García Montes J. M, Luciano, M. C., Hernández, M., Zaldívar, F. (2004). Aplicación de la terapia de aceptación y Compromiso (ACT) a sintomatología delirante: un estudio de caso. *Psicothema*, 16(1) Retrieved from <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72716119>

García, J. M., Luciano, M. C., Hernández, M., Zaldivar, F. (en prensa). Aplicación de la terapia de Aceptación y compromiso (ACT) a sintomatología delirante: un estudio de caso. *Psicothema*.

García-Montes, J. M.; Pérez-Álvarez, M. (2005). Fundamentación experimental y primeras aplicaciones clínicas de la terapia de aceptación y compromiso (act) en el campo de los síntomas psicóticos. *Revista Latinoamericana de Psicología*, vol. 37, núm. 2., pp. 379-393. Colombia. ISSN: 0120-0534.

Gaudiano, B. A., Herbert, J. D., (2004). Acceptance and commitment therapy for psychiatric inpatients with psychotic symptoms. Retrieved from <http://dspace.library.drexel.edu/handle/1860/295>

Gaudiano, B. A., Herbert, J. D., & Hayes, S. C. (2010). Is it the symptom or the relation to it? investigating potential mediators of change in acceptance and commitment therapy for psychosis. *Behavior Therapy*, 41(4), 543-554. doi:10.1016/j.beth.2010.03.001

Gumley, A., White, R., Briggs, A., Ford, I., Barry, S., Stewart, C., Beedie, S., McTaggart, J., Clarke, C, MacLeod, R., Lidstone, E., Salgado, B., Young, R. y McLeod, H. (2017). *A parallel group randomized open blinded evaluation of acceptance and commitment therapy for depression after psychosis: Pilot trial outcomes (ADAPT)*. Schizophrenia Research, 183, pp. 143-150.

Hayes, S. C.; Strosahl, K. D., y Wilson, K. D. (1999): *Acceptance and Commitment Therapy. An Experimental Approach to Behavior Change*. Nueva York: Guilford.

Hayes, S. C.; Barnes-Holmes, D., y Roche, B. (2001): *Relational Frame Theory: A Post-Skinnerian account of human language and cognition*. Nueva York: Plenum Press.

Hayes, S. C.; Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V.M. y Strosahl, K. (1996). *Experimental Avoidance and Behavioral Disorders: A Functional Dimensional Approach to Diagnosis and Treatment*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64(6), 1152-1168, available via: <http://dx.doi:10.1037/0022-006X.64.6.1152>

Hayes, S.C. (2002). *The use of Acceptance and Commitment Therapy to prevent the rehospitalization of psychotic patients: A randomized controlled trial*. Journal of Consulting and Clinical Psychology. November 2002. DOI: 10.1037//0022-006X.70.5.1129.

Kohlenberg, R. J., y TSAI, M. (1991). *Functional Analytic Psychotherapy: Creating intense and curative relationships*. Nueva York: Plenum Press.

Liberman, R.P. y Kopelwicz, A. (2004). *Un enfoque empírico de la recuperación de la esquizofrenia: Definir la recuperación e identificar los factores que pueden facilitarla*. Rehabilitación psicosocial 2004;1(1):12-29.

Morrison, A. P., Haddock, G. & Tarrier, N. (1995). Intrusive thoughts and auditory hallucinations: a cognitive approach. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23, 265-268.

Morrison, A. P. (1998). A cognitive analysis of the maintenance of auditory hallucinations: Are voices to schizophrenia what bodily sensations are to panic? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 26, 289-302.

Morrison, A. P. & Baker, C. A. (2000). Intrusive thoughts and auditory hallucinations: a comparative study of intrusions in psychosis. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 1097-1106.

Naeem, F., Asmer, M.S., Khoury, B., Kingdon, D., Farooq S. (2015) Acceptance and Commitment Therapy for schizophrenia and related disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 6. Art. No.: CD011734. DOI: 10.1002/14651858.CD011734.

Öst, L. (2008). Efficacy of the third wave of behavioural therapies: A systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 296–321.

Quintero, J., Barbudo del Cura, E., López-Ibor, M.I., López-Ibor, J.J. (2011). La evolución del concepto de Esquizofrenia Resistente al Tratamiento. *Actas Esp Psiquiatría* 2011;39(4):236-50.

Salgado Pascual, C. F. (2016). Comparación de dos protocolos de intervención basados en la terapia de aceptación y compromiso y entrenamiento en mindfulness en personas con trastorno mental crónico. *Análisis y modificación de conducta Vol 42, n 165-166, 75-98*. ISSN: 0211-7339.

Smout, M. F., Hayes, L., Atkins, P. W. B., Klausen, J., & Duguid, J. E. (2012). The empirically supported status of acceptance and commitment therapy: An update. *Clinical Psychologist*, 16(3), 97-109. doi:10.1111/j.1742-9552.2012.00051.x

Shawyer, F., Farhall, J., Mackinnon, A., Trauer, T., Sims, E., Ratcliff, K., Lerner, C., Thomas, N., Castle, D, Mullen, P., Copolov, D. (2012). A randomised controlled trial of acceptance-based cognitive behavioural therapy for command hallucinations in psychotic disorders. *Behaviour Research and Therapy* 50 (2012) 110-121.

Shawyer, F., Farhall, J., Thomas, N., Hayes, S. C., Gallop, R., Copolov, D., & Castle, D. J. (2017). Acceptance and commitment therapy for psychosis: Randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry : The Journal of Mental Science*, 210(2), 140-148. doi:10.1192/bjp.bp.116.182865

Spidel, A., Daigneault, I., Kealy, D., & Lecomte, T. (2017). Acceptance and commitment therapy for psychosis and trauma: Investigating links between trauma severity, attachment and outcome. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 47(2), 230-243. doi:10.1017/S1352465818000413

Spidel, A., Lecomte, T., Kealy, D., & Daigneault, I. (2018). Acceptance and commitment therapy for psychosis and trauma: Improvement in psychiatric symptoms, emotion regulation, and treatment compliance following a brief group intervention. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 91(2), 248-261. doi:10.1111/papt.12159

White, R.G., Gumley, A.I., McTaggart, J., Rattrie, L., McConville, D, Cleare, S. and Mitchell, G. (2011) *A feasibility study of Acceptance and Commitment Therapy for emotional dysfunction following psychosis*. Behaviour Research and Therapy. ISSN 0005-7967 (In Press)

Wilson, K. G. y Luciano, M. C. (2002) *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT): un tratamiento conductual orientado a los valores*. España. Pirámide.